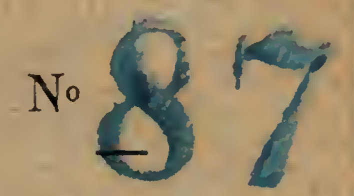
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904.

THÈSE

N° 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Décembre 1904, à 1 heure.

PAR

Alfred MOLAS

De la Récidive

DANS LES

Papillomes de la Vessie

Président : M. LANNELONGUE, *professeur*

Juges : MM. KIRMISSON et RECLUS, *professeurs*
GOSSET, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — # THÈSE N° 87

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Décembre 1904, à 1 heure.

PAR

Alfred MOLAS

De la Récidive

DANS LES

Papillomes de la Vessie

Président : M. LANNELONGUE, *professeur*

Juges : MM. KIRMISSON et RECLUS, *professeurs*
GOSSET, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR EMMANUEL LABAT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En témoignage de ma grande affection
et de ma profonde gratitude.

A MES CHERS PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Membre de l'Académie de médecine.
Membre de l'Institut.
Commandeur de la Légion d'honneur.

De la Récidive

DANS LES

Papillomes de la Vessie

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous reste un devoir à remplir, c'est d'adresser un hommage public à nos maîtres dans les hôpitaux.

A MM. les Professeurs Grancher et Hayem, à MM. les Drs Mercklen, Mery, Bar, Brindeau, nous adressons nos sentiments de reconnaissance pour les bonnes leçons qu'ils nous ont données. Il est un de nos maîtres dont nous garderons toujours le meilleur souvenir, M. le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Nous avons été profondément touché de sa grande bienveillance à notre égard. Qu'il soit assuré de notre grande reconnaissance et de notre entier dévouement.

Nous remercions également M. le Dr Laubry qui, avec son obligeance habituelle, a bien voulu nous prêter son concours pour les examens histologiques qui accompagnent nos observations.

M. le Professeur Lannelongue a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous soit permis de remercier notre illustre compatriote pour le grand honneur qu'il nous a fait.

INTRODUCTION

Au mois de janvier 1904, notre maître, le docteur Bazy, nous ayant communiqué un cas de papillome de la vessie, ayant récidivé 9 ans après la première opération, sous la forme de papillome (fait histologiquement démontré) : sur ses conseils, il nous a paru, intéressant de rechercher parmi les observations déjà publiées, si la récidive dans les papillomes de la vessie ne se ferait pas sous la forme de tumeur bénigne, beaucoup plus fréquemment que ne le pensent la plupart des auteurs et à des intervalles de temps beaucoup plus longs qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour.

Nous diviserons, notre travail en deux parties :

Dans une première partie, nous donnerons un résumé succinct de l'étude générale des papillomes de la vessie.

Dans une deuxième partie, nous traiterons spécialement de la récidive dans les papillomes de la vessie.

PREMIÈRE PARTIE

Etude générale succincte des papillomes de la vessie. Anatomie pathologique.

Sous le nom de papillomes, de tumeurs pédiculées, de polypes, on désigne, une forme de tumeur bénigne, très fréquente, dont la nature histologique actuellement bien connue, mérite d'attirer l'attention.

Ce sont des tumeurs nées de l'épithélium vésical, tantôt de l'épithélium embryonnaire, épithélium allantoïdien (groupe atavique d'Albarran), tantôt nées de l'épithélium vésical adulte, papillomes proprement dits.

Les tumeurs du type allantoïdien sont formées par un axe conjonctif revêtu d'un derme muqueux, tapissé d'une couche de cellules à formes spéciales. Elles sont claires, cylindriques, présentant à leur extrémité libre un plateau, leur extrémité profonde est

allongée, et elles présentent au-dessous de leur partie moyenne un noyau. Ce sont des tumeurs rares (2 cas dans la statistique d'Albarran).

Les tumeurs dérivant de l'épithélium adulte présentent également un axe conjonctif, mais de cet axe, partent des ramifications secondaires donnant à la tumeur son aspect caractéristique.

Au tissu conjonctif de l'axe, surtout à la base, se trouvent mélangées quelques rares fibres lisses. Un ou plusieurs vaisseaux artériels pénètrent dans l'intérieur, se ramifient dans chacun des prolongements et se terminent par des capillaires en anse. Les papilles ou villosités qui en hérissent la surface sont tapissées d'une couche de cellules cylindriques aplaties à la superficie.

Si on étudie maintenant leurs caractères macroscopiques, on voit qu'elles se présentent le plus souvent sous la forme de tumeurs pédiculées, s'implantant par conséquent sur la paroi, par l'intermédiaire d'une portion rétrécie.

Elles siègent surtout au niveau de la zone inférieure de la vessie ; le professeur Guyon a bien mis ce point en relief ; particulièrement les faces latérales, les embouchures des uretères, et on comprend aisément les conséquences graves qui peuvent en résulter.

Rarement la paroi antérieure est atteinte, jamais le sommet.

Souvent multiples, elles ont un aspect irrégulier à surface villeuse, frangée, de coloration gris-rosé.

Le papillome, avons-nous dit, se présente le plus souvent sous la forme d'une tumeur pédiculée.

Ce pédicule peut être plus ou moins long, plus ou moins épais, lamelliforme ou membraneux, se continuant directement avec la tumeur, et s'implantant par une base plus ou moins large sur la muqueuse qui se laisse attirer facilement.

Un point, qui doit nous arrêter ici, c'est la pénétration plus ou moins profonde des éléments de la tumeur dans la paroi vésicale. En général, on peut dire que le papillome a son point de départ dans la couche muqueuse et sous-muqueuse.

Ajoutons également que le pédicule est très vasculaire, et que sa section peut s'accompagner d'une hémorrhagie abondante. Le professeur Guyon, dans ses cliniques, rapporte un cas, où le vaisseau avait la grosseur d'une collatérale d'un doigt.

La consistance de la tumeur est le plus souvent friable, se déchirant ou s'écrasant avec la plus grande facilité.

Avant de terminer ce court exposé d'anatomie pathologique, faisons remarquer que cet aspect pédiculé, cet aspect villeux, n'est pas le propre des tumeurs bénignes, on peut le rencontrer aussi bien dans les tumeurs malignes.

Albarran sur 28 tumeurs pédiculées, a trouvé 13 bénignes et 15 malignes. L'examen histologique s'impose donc.

Etude clinique. — Les tumeurs de la vessie, les papillomes en particulier, se traduisent par un ensem-

ble de symptômes, d'autant plus intéressants, qu'ils ne sont pas en rapport avec le volume du néoplasme, un petit papillome pouvant donner lieu à des hémorrhagies mortelles, et qu'ils dépendent souvent du siége (voisinage de l'orifice urétéral).

Le début de l'affection est variable. Deux symptômes importants peuvent ouvrir la scène, l'hématurie ou les phénomènes de cystites. Il faut noter cependant que la cystite n'est pas à proprement parler un symptôme du début, c'est plutôt une affection surajoutée qui, à l'occasion du papillome concomitant, emprunte une plus grande gravité et donne lieu à des symptômes spéciaux qui font penser à la coexistence d'une tumeur de la vessie. Sur 200 cas, Albarran a noté 148 fois le début par hématurie, et 52 fois par cystite. Sur ces 200 cas, il y avait 62 papillomes, 57 avaient débuté par une hématurie 5 par de la cystite. L'hématurie est donc le symptôme prémonitoire le plus important ; c'est lui qui domine la scène, c'est lui qui par sa répétition ou son abondance va forcer la main du chirurgien.

L'hématurie présente des caractères tout particuliers, qui permettent de la distinguer de l'hématurie produite par un calcul par exemple.

Le professeur Guyon en a donné une description magistrale dans ses leçons sur les *Tumeurs de la vessie.*

Son apparition n'est précédée d'aucun symptôme. Aussi bien le jour que la nuit, que le malade

soit couché, ou qu'il marche, l'hématurie survient abondante, spontanément, pour cesser de même, sans que rien puisse faire présager ni son apparition ni sa disparition.

Si parfois on a pu incriminer un excès quelconque, un refroidissement, jamais la cause n'est en rapport avec l'effet produit. Cette spontanéité est un de ses caractères importants, bien différente en cela de l'hématurie calculeuse, provoquée par la marche, la fatigue, cessant par le repos.

Elle est capricieuse, elle peut durer des jours, des mois et disparaître brusquement pour reparaître de même après de longs mois pendant lesquels l'urine a été claire.

Elle est abondante, pouvant entraîner la mort du malade, pouvant obliger à une intervention. Des caillots peuvent s'accumuler dans la vessie, augmentant par leur présence la congestion et par cela même l'hémorrhagie

Si on examine, dans trois verres, l'urine émise, on voit qu'elle est uniformément teintée, l'hématurie est totale.

Cependant, en y regardant de plus près, on peut voir, et M. Albarran a insisté sur ce fait, que le dernier verre est plus teinté ou que les dernières gouttes ont une coloration plus foncée, c'est qu'en effet l'hématurie est terminale. Quelques précautions sont à prendre pour s'en rendre compte. Il faut :

1° Faire uriner le malade spontanément dans

trois verres de capacité égale, et en même proportion dans les trois.

2° Pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle, de Nélaton par exemple, et recueillir le liquide dans trois verres. Lorsque la différence n'est pas bien tranchée, il est utile après évacuation complète de la vessie de laisser la sonde en place pendant quelques instants, en la fermant avec un fausset.

Pendant ce temps, on continue l'examen du malade en mettant en œuvre les autres moyens (toucher rectal, toucher bimanuel), puis on débouche la sonde, et souvent on retire quelques gouttes de sang rouge vermeil.

3° L'exploration précédente doit toujours être complétée par un lavage de la vessie; en se servant de sonde molle, on lave l'organe à l'eau boriquée jusqu'à ce que le liquide revienne le plus clair possible. On néglige la première portion du liquide retiré, on recueille la deuxième portion dans un verre, et dans un deuxième verre, on peut recueillir quelques gouttes de liquide de coloration plus vive, plus sensible, plus éclatante.

L'hématurie enfin est à répétition, revenant après de longs intervalles quelquefois, mais revenant à coup sûr.

La cystite, avons-nous dit, peut ouvrir la scène, mais ce fait est plus fréquent pour les tumeurs malignes que pour les tumeurs bénignes, les papillomes en particulier. La cystite est plutôt une complication qu'un symptôme, se traduisant par de la fréquence

et de la douleur de la miction. La douleur précoce est rare dans les formes bénignes, et Thomson insistait sur ce fait, pour faire distinguer des tumeurs malignes.

L'examen des urines qui nous a déjà donné l'occasion d'étudier un des symptômes fondamentaux, l'hématurie, peut donner encore quelques indications utiles. L'odeur n'a rien de particulier, sauf dans les cas de cystite, où elle prend une odeur ammoniacale, et même une odeur de putréfaction.

Quelquefois les urines, peu de temps après leur émission ont une grande tendance à se prendre en masse, c'est la fibrinurie, signalée par le professeur Guyon après Guersant.

Un symptôme plus important, c'est la présence dans l'urine de fragments de tumeurs, de cellules épithéliales. On peut y rencontrer des franges typhiques des amas villeux, dont l'examen histologique peut rendre des services pour le diagnostic de la nature. Les cellules, qu'on peut y rencontrer également sont des cellules atypiques petites, polyédriques, sans leucocytes ou avec faible proportion de leucocytes.

Tels sont les symptômes fonctionnels de la maladie, les signes physiques doivent et peuvent nous donner d'importants renseignements.

Le toucher rectal peut, mais surtout combiné au palper hypogastrique, le toucher vaginal, chez la femme, peuvent donner d'utiles indications. Notre maître, M. le Dr Bazy, chez des malades à parois

abdominale peu épaisse a pu souvent faire le diagnostic de tumeur bénigne, par le palper bimanuel.

Le cathétérisme peut rendre des services, mais toujours inférieurs à ceux rendus par le toucher rectal. De plus, il est dangereux, pouvant provoquer une hémorrhagie grave où l'apparition d'une cystite. Il permet cependant d'apprécier le volume de la tumeur.

Plus importante, donnant des résultats plus positifs, forçant le diagnostic, est la cystoscopie. Le cystoscope permet, en effet, de constater l'existence de la tumeur, d'en préciser le siége, d'en indiquer le mode d'implantation.

Elle permet d'apercevoir des masses mamelonnées en framboise, parfois presque transparentes, s'agitant dans le liquide.

Tels sont les symptômes que peuvent présenter les tumeurs bénignes de la vessie, symptômes qui leur sont communs avec les tumeurs malignes, et qui rendent le diagnostic de la forme si difficile parfois.

Nous verrons en étudiant l'évolution, que ce n'est pas là encore que nous trouverons des différences tranchées, contrairement à ce que nous voyons pour les autres tumeurs de l'organisme.

Marche. — Durée. — Terminaison.

La marche de la maladie est en général longue, elle est en général pour les papillomes de 12 à 15 ans.

La fréquence des hématuries, leur abondance jouent un grand rôle dans la durée.

Les tumeurs bénignes comme les malignes, pouvant donner lieu à des hématuries mortelles, et on peut dire que les tumeurs malignes évoluent à peu près aussi lentement que les tumeurs bénignes. Duchamp (*Lyon médical*, 1876. T. XXI, page 665), a publié l'observation d'un malade qui avait remarqué l'apparition des premiers symptômes depuis 14 ans, et présentait des hématuries depuis 7 ans. A l'autopsie on trouva un encéphaloïde. M. le Professeur Guyon rapporte l'histoire d'un malade qui vint mourir à sa clinique 18 ans après le début de son affection. A l'autopsie on trouva un encéphaloïde. Peut-être y a-t-il eu ici transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, c'est cette transformation que nous voulons étudier dans la deuxième partie de notre thèse.

La terminaison est variable, la guérison peut survenir, soit après opération, soit spontanément, les hématuries disparaissant pour ne plus revenir. La mort peut survenir par complication ; obstruction de l'embouchure des uretères, provoquant hydroné-

phrose, ou bien par l'anurie. Anurie souvent réflexe d'ailleurs, et ayant pu être provoquée par le simple cathétérisme. Enfin la tumeur peut récidiver, se transformer en tumeur maligne. C'est ce que nous allons maintenant étudier.

DEUXIÈME PARTIE

De la récidive des papillomes de la vessie.

CHAPITRE I

Récidive sous forme maligne.

Nous avons vu, en étudiant l'évolution des papillomes et des autres tumeurs de la vessie, combien leur durée est longue, et combien peu de différence existe à ce point de vue entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes.

Certains auteurs, pour l'expliquer, se basent sur ce fait, à savoir que : les tumeurs malignes évoluent sur place, ne pouvant s'étendre par voie lymphatique.

Ils se basaient sur les recherches du professeur Sappey qui nie l'existence de vaisseaux lymphatiques dans les tuniques de la vessie. Mais on sait, depuis les travaux de M. et Mme Hoggan, que les lymphatiques de la vessie existent bien, et que cette opinion n'est nullement fondée.

D'autres auteurs, et ceci doit nous arrêter plus longtemps, ont dit, pour expliquer la bénignité de l'évolution, que ces néoplasmes sont en réalité à leur début des tumeurs bénignes susceptibles, à un moment donné, de se transformer en tumeurs malignes.

Ricard, dans sa thèse, a le premier insisté sur ces faits. Pousson (*Nouvelles considérations sur l'extirpation des tumeurs de la vessie. Annales des Maladiès des voies génito-urinaires*, sept. 1885, page 528), a défendu cette même opinion avec des arguments sérieux. Le professeur Guyon, dans ses cliniques, fait des réserves, nous le citons *in extenso* :

« Les cas où j'ai cru pouvoir admettre l'hypothèse « d'une transformation sont vraiment exceptionnels, « et nous ne devons pas oublier qu'il ne faut pas « raisonner pour la vessie comme il est permis de le « faire à propos d'autres viscères et des régions. J'ai « déjà eu l'occasion de vous citer, en étudiant la « marche des affections néoplasiques de la vessie, « plusieurs exemples de tumeurs bénignes qui avaient « présenté une très longue durée, jusqu'à 27 ans, « sans subir aucune transformation. Je puis y ajou- « ter l'observation de tumeurs malignes à évolution « très lente dont la structure très homogène ne per- « met vraiment pas d'admettre la transformation. « Le plus ordinairement les troubles vésicaux vont « en augmentant, la vessie se remplit peu à peu, mais « la nature du néoplasme ne change pas. D'autre « part, la propagation par extension aux parties

« périphériques est fort rare. On ne saurait donc faire « argument de cette absence d'envahissement. En « somme, plus nous pénétrons dans la vie des néoplas- « mes limités à la vessie, et plus nous voyons qu'elle « diffère de celle que l'observation générale nous « révèle. La question de leur transformation me paraît « devoir être réservée ».

Legueu (*in Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, tome 9, page 260) dit ceci : « D'autres tumeurs sont bénignes à leur début ; mais au bout d'un certain temps elles changent, elles se transforment et se comportent comme des néoplasmes malins. Ce sont des tumeurs transformées dont, dès lors, la marche est rapide. »

Albarran dans son *Traité des tumeurs de la vessie* donne la statistique suivante :

Polypes bénins 36 guéris.
— 7 récidives.
— 3 morts.

En résumé 9 récidives sur 45 survivants.

Ces récidives de polypes se faisant presque toujours, pour lui, sous forme d'épithéliome siégeant à l'endroit même où se trouvait le polype primitif. Parfois c'est dans une autre partie de la vessie que la tumeur se développe.

Clado donne la statistique suivante : pour les néoplasmes malins, la récidive serait de 30,7 o/o, pour les néoplasmes bénins de 14, 6 o/o.

Enfin M. Motz, dans un article récent (*Annales des maladies des organes génito-urinaires,* Paris 1898,

XVI, 1228), publie les observations de 7 cas de tumeurs ayant récidivé, et contrairement à l'opinion des auteurs classiques, il ne trouve pas de preuves suffisantes pour affirmer, que les tumeurs bénignes récidivent ordinairement sous la forme maligne.

CHAPITRE II

Récidive sous forme bénigne.

Nous avons recherché avec soin, les observations, où la récidive, sous forme bénigne, des tumeurs bénignes était notée, et nous pouvons les ranger en deux catégories.

Dans les unes, la récidive sous forme bénigne fut rapide au bout de quelques mois. Le plus souvent, la première intervention avait été incomplète ; et le papillome avait continué à s'accroître.

Telle est l'observation de Savario-Pangaro (*Ann. gén. urin.*, 1899, page 905), que nous résumons ici: Papillome donnant lieu à des hématuries, taille pratiquée le 14 mars 1898. Suites opératoires bonnes, mais bientôt survinrent des troubles généraux, œdème des paupières et des membres inférieurs, diarrhée, vomissements, accès éclamptiques, mort dans les convulsions urémiques. A l'autopsie, hydro-

néphrose double, présence de petites tumeurs rondes occupant tout le bas-fond de la vessie, se propageant jusqu'à l'embouchure des uretères comprimés. L'examen histologique démontre la nature papillomateuse de la tumeur.

Plus rare, la récidive sous forme bénigne, à longue échéance ; nous n'avons pu en trouver que deux cas que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Bazy ; observations probantes, puisque l'examen histologique fut fait et à l'occasion desquelles nous entreprîmes ce travail.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de notre maître le Dr Bazy).

B... Alexandre, 47 ans, entre à l'hospice de Bicêtre, service de M. le Dr Bazy, pour des hématuries abondantes, et quelques troubles urinaires dus à la cystite, douleurs et fréquence des mictions.

A l'examen cystoscopique, on voit sur le côté droit du col, une tumeur du volume d'une petite cerise et d'aspect papillomateux.

L'examen cystoscopique fut facile, quoique un accident opératoire se produisît, déterminant une brûlure de la vessie que l'on trouva lors de la taille.

Première opération. — Le 31 juillet 1894. — Taille hypogastrique. Incision médiane de 15 centimètres environ, dont

la longueur est nécessitée en partie par l'embonpoint du sujet. Incision de la ligne blanche, les muscles sont écartés, et l'on arrive sur la vessie que l'on dénude, et à sa limite extrême, on la saisit avec deux pinces de chaque côté de la ligne médiane. On incise à ce niveau et le péritoine est ouvert. Il est immédiatement refermé par un surjet au catgut. On incise la vessie, l'incision est légèrement retardée, par ce fait, que la vessie contenant un peu de liquide, la muqueuse vient faire hernie, sous la forme d'une petite boule dont l'aspect bleuâtre fait croire qu'il s'agit du péritoine. Cette boule est néanmoins incisée et on voit alors qu'il ne s'agissait que de la muqueuse. Il s'écoule d'ailleurs un peu d'eau boriquée par la plaie vésicale. Celle-ci est agrandie, on place quelques pinces à demeure sur des artères pariétales, et après avoir introduit la valve écarteur, et le dépresseur, on aperçoit sur le côté droit du col, à 2 centimètres en arrière et à droite, la tumeur qui a bien le volume que nous avons vu au cystoscope. Nous apercevons ensuite l'ulcération causée par la brûlure du cystoscope lors de l'examen, et deux petites plaques ecchymotiques. Cela fait, la muqueuse vésicale saine est saisie à 1 centimètre environ de la base de la tumeur, et suivant un de ses diamètres par deux fils. On peut attirer ainsi la vessie et réséquer aux ciseaux toute la base d'implantation entre les deux fils. Cela fait, la surface cruentée résultant de cette incision est suturée par un surjet au catgut jusqu'à hémostase complète.

Fermeture de la vessie par une série de sutures en bourse, après avoir placé une sonde en caoutchouc n° 20, fixée au gland par un crin de Florence. On s'assure, en injectant de l'eau boriquée par la sonde, si la fermeture est étanche ;

mais, dans un effort, du liquide sort entre deux points. On fait à ce niveau une suture en bourse et après s'être assuré de nouveau que le liquide ne sort plus, on fait un surjet sur les muscles droits, en laissant néanmoins en place un gros drain qui va de la paroi antérieure de la vessie à l'extérieure. La peau est ensuite suturée au crin de Florence.

Suites opératoires bonnes. Le malade sort guéri.

Santé parfaite jusqu'au mois de juillet ou d'août 1903 où les hématuries reparurent.

Le malade rentre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Bazy où on l'opère de nouveau 9 ans après la première intervention (1894-1903).

Deuxième opération (2 nov. 1903) :

Incision sur l'ancienne cicatrice, on ouvre la vessie suivant le procédé habituel, et on voit sur le côté gauche de la vessie, s'échelonnant dans la paroi supérieure vers les régions latérales, une série de papillomes. On commence par mettre un fil pour attirer la muqueuse vésicale, puis on coupe, et au fur et à mesure on suture la vessie, les bords de la plaie au moyen d'un surjet au catgut. Il existe aussi une série de papillomes, dont un a le volume d'une noisette, l'autre un peu plus petit, le troisième d'un petit pois, tous pédiculés. On les enlève. Après qu'ils sont enlevés, on en voit un deuxième qui est sessile et dont l'ablation conduit jusqu'au voisinage du bas-fond. En outre, en examinant bien on voit un petit papillome du volume d'un grain de chénevis. On l'enlève et on vérifie le reste de la vessie sans en trouver aucun autre.

On met alors une sonde de telle façon que les deux yeux soient dans la vessie et on suture. Au lieu de faire la suture

en U ou en bourse, on veut se contenter d'une suture en double surjet, et quand on veut vérifier l'étanchéité de cette suture, on s'aperçoit qu'elle fuit quand on a injecté environ 175 grammes.

On fait alors une suture en U ; étanchéité parfaite ; on peut alors injecter 200 grammes, et quoique le malade pousse, le liquide ne sort pas. On fixe la sonde, sutures des muscles au catgut, suture de la peau. Drains. Suites opératoires bonnes. Le malade sort guéri.

Examen histologique. — Après fixation et coloration à l'hématéine éosine, et liquide de Van Gieson, on aperçoit à un faible grossissement :

a) Dans sa partie la plus typique, la coupe présente une partie de la paroi vésicale comprenant l'épithélium, le derme, légèrement infiltré et les vaisseaux béants sous-jacents ;

b) A cette portion de la muqueuse sont appendues des productions formées d'une charpente, des vaisseaux sinueux et ramifiés que la coupe surprend, tantôt d'une façon transversale, tantôt d'une façon longitudinale.

Les vaisseaux paraissent assez dilatés. Leur lumière élargie est remplie de globules sanguins. Leur périphérie présente par place une infiltration cellulaire assez nette. Régulièrement, suivant les ramifications vasculaires dans leurs contours, le revêtement épithélial limite des ramifications vasculo-conjonctives. Il est en général peu épais, et les différences d'épaisseur semblent tenir au plus ou moins grand degré d'obliquité de la coupe. Sa coloration est irrégulière, car il semble par place infiltré de pigments sanguins.

2° A un fort grossissement on aperçoit :

a. L'épithélium normal de la vessie ;

b. Dans les travées vasculo-conjonctives il y a une infiltration cellulaire embryonnaire :

c. Le revêtement épithélial est formé de cellules typiques, régulières, à noyau allongé, rappelant par leur disposition en brique et en raquette, les cellules vésicales arrondies et légèrement aplaties dans les couches superficielles. *Ces caractères permettent d'affirmer* un papillome typique.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de notre maître le Dr Bazy).

X... Ce malade était venu trouver M. le Dr Bazy à sa consultation, en novembre 1897, pour des hématuries abondantes. M. Bazy fit la cystocopie qui lui montra un papillome de la grosseur d'une noix. L'intervention fut conseillée par notre maître, mais refusée par le malade et son entourage. Un mois après, une hématurie très abondante étant survenue le malade entre à Saint-Jean-de-Dieu, où il a une nouvelle petite hématurie. L'opération fut pratiquée par le Dr Bazy en janvier 1898.

Etat général bon, et plus d'hémorrhagie jusque vers fin juillet 1903 (5 ans après). A ce moment le malade est pris de violentes douleurs dans les reins, et après avoir eu des frissons dans la journée accompagnés d'un état bizarre d'inquiétude et de fatigue, il urine un liquide noirâtre qui après décantation, laisse une poussière noirâtre analogue au marc de café.

Le lendemain, il rend quelques mucosités sanguinolentes. Un mois après, à la suite d'une migraine, ses urines rede-

viennent noires, avec dépôt marc de café, et le lendemain petites mucosités noirâtres.

Les jours suivants, il rend quelques mucosités noirâtres non précédées d'urine noire.

Au mois de septembre, nouvelle émission d'urines sanguinolentes avec des petits grumeaux rouges. Ceci survenant encore à la suite d'une migraine.

On l'opère de nouveau en septembre 1904, et on trouve, après ouverture de la vessie, 9 papillomes implantés sur différentes parties de la vessie, partie supérieure latérale et inférieure, du volume d'un grain de chénevis à une cerise. Ce malade est mort quelques mois après, à la suite de phénomènes de pyélo-néphrite.

Examen histologique. — Après fixation, coloration à l'hématéine éosine et liquide de Van-Gieson, on constate :

1° A un faible grossissement :

La tumeur est formée par un nombre assez considérable de ramifications vasculaires, reconnaissables à leur limitation cellulo-conjonctive et à la présence de globules sanguins très visibles dans la lumière des vaisseaux vus sur une coupe transversale. Cette ramification et cette division sont entourées d'un revêtement épithélial continu, d'épaisseur uniforme de limitation parfaite.

2° A un fort grossissement :

On s'aperçoit que le revêtement épithélial est formé de cellules reproduisant le type normal, régulières et cylindriques, légèrement aplaties à leur périphérie. *Cette disposition caractérise le papillome.*

Nous voyons donc, par conséquent, que la récidive des papillomes, sous une forme bénigne, peut paraître un accident rare, puisque nous n'avons pu en retrouver que deux observations probantes.

Peut-être, vu la longue période qui s'écoule entre la première opération et la récidive, les malades ont pu être perdus de vue par le chirurgien, ou succomber avant qu'une deuxième opération ait été pratiquée. De plus, il est probable que si l'on faisait systématiquement l'autopsie de tous les sujets ayant été opérés pour papillomes de la vessie, on trouverait plus fréquemment cette récidive sous forme bénigne.

Cette récidive pourrait reconnaître plusieurs causes : opération incomplète, laissant en place quelques portions de la tumeur, qui repullulent après un temps plus ou moins long. Ce ne peut être le cas dans nos deux observations, où l'extirpation avait été aussi complète que possible, et la récidive survenue après un intervalle de temps trop long.

Peut-être il y a-t-il ici prédisposition spéciale du sujet, qui refait du papillome, l'organe sur lequel la tumeur primitive s'était développée étant resté intact ; les mêmes causes ayant pu produire les mêmes effets.

Tout ceci ne peut être qu'une simple hypothèse, et peut-être l'attention étant attirée sur ce point, de nouvelles observations viendront éclairer d'un jour nouveau cette question dont nous n'avons pu qu'ébaucher la solution.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs de la vessie, papillomes comme tumeurs malignes, se traduisent par des symptômes, hématuries, etc., qui ne permettent pas toujours cliniquement d'établir une différence tranchée entre-elles. Un petit papillome pouvant donner lieu aussi bien qu'une grosse tumeur maligne à une hématurie mortelle.

Cependant, on peut arriver, dans certains cas, à faire un diagnostic précis, se basant tant sur l'évolution clinique et les signes physiques que sur l'examen des fragments spontanément expulsés ;

2° Les tumeurs bénignes peuvent récidiver sous deux formes.

a) Sous forme maligne à longue échéance, et on a pu se demander si la longue période de temps, qui s'écoule parfois entre l'apparition de la récidive d'une tumeur maligne et les premiers symptômes apparus, n'était pas due à ce fait que la tumeur avait débuté sous forme de tumeur bénigne et s'était transformée par la suite en tumeur maligne.

L'état actuel de nos connaissances sur ce sujet ne nous permet pas de conclure.

3° La récidive peut se faire sous forme de tumeurs bénignes, et à longue échéance. Nous en rapportons deux observations typiques, avec examen histologique.

Vu : le Président de la thèse
LANNELONGUE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

NOTA. — Nous ne citerons ici que les ouvrages ou les publications où nous avons trouvé quelques renseignements utiles pour cette thèse.

Traités généraux.

— Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet. Tumeurs de la vessie. Article de Legueu. Tome IX.

— Traité de chirurgie Duplay-Reclus. Article de Tuffier. T. VII.

— Traité des tumeurs de la vessie. Albarran, chez Steinheil.

— Traité des tumeurs de la vessie. Clado, 1895.

— Tumeurs de la vessie chez l'enfant spécialement étudiées au point de vue clinique. Lagoutte. Lille, 1892.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Paris 1888.

Thèses :

Rigaux Lucien. — Etude sur les papillomes, 1879. T. XXVIII, nº 368.

Nolin Edouard. — Etude sur les papillomes simples. T. XIII, nº 391.

LAFON MARCELIN. — De la généralisation et de l'absence de symptômes urinaires dans les tumeurs de la vessie. Tome XXV, nº 520.

BOIVIN (Louis). — Contribution à l'étude des rétentions rénales dans les tumeurs vésicales. Tome V, nº 207, 1898-1899.

POLAK (Armand). — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs vésicales. Tome XLIX, nº 677.

POUSSON. — De l'Intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux cas. Thèse de Paris, 1884.

Divers.

PHOCAS. — Tumeur de la vessie chez l'enfant. Congrès français de chirurgie. Paris, 1892. XI, 637-650.

CHIVORÉ (Florentin). — Tumeurs de la vessie chez l'enfant spécialement étudiées au point de vue clinique (Lille, 1892, nº 4.

CADWALLADER. — Report of a cave of pupilloma of the bladder with recovery (Med. et surg. Rep. Philadelphie, 1891, t. 4, IV, p. 734.

BAZY (P.), — Du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie (Gaz. Médicale de Paris (1890, 7, s. VII. 265-269.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.